

別記様式第1号の1（第2条、第8条関係）

福祉医療費受給者証交付申請書（兼）受給資格者台帳（兼）受給者証交付台帳（子ども）

受給者 資格者 (子ども)	氏名		ふりがな										個人番号												
			受給資格者番号	県費		—																			
	生年月日												市費		—										
子どもの生計維持者		氏名								続柄				住所											
加入医療保険	被保険者名(受給者)								続柄				住所												
	保険種別	1	協会	被保険者証	日雇特例	家族	保険者名																		
		2	組合				-----																		
		3	船員				番号																		
		4	共済				記号番号																		
5	国保																								
保険者所在地																									
指定支払金融機関	金融機関名						店番		口座番号						口座名義（カナ表記）										
	銀行・農協 信用金庫																								
	支店						普通・当座																		
上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。 申請にあたり、次の事項に同意します。（□にチェックしてください。） □ 福祉医療費受給資格者であることに関する情報を、市が関係機関へ提供すること また、被保険者（世帯主）は、次の事項を市長に委任します。（□にチェックしてください。） □ 高額療養費及び高額介護合算療養費を請求及び受領すること 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話（ — — ） 被保険者（世帯主） 可児市長 様																									
附加給付		無 有		保険給付率				入院		割				外来		割									
受給者証の状況	県費（出生から就学前まで）										市費（就学後から18歳到達後最初の年度末まで）														
	交 付		・ ・								交 付		・ ・												
	有 効 期 間		・ ・ から								有 効 期 間		・ ・ から												
			・ ・ まで										・ ・ まで												
	再 交 付		・ ・								交 付		・ ・												
消滅（回収）		・ ・								有 効 期 間		・ ・ から													
転 入 日		・ ・										・ ・ まで													
備考										再 交 付		・ ・													
										消滅（回収）		・ ・													

（注） 太枠内は、市記入欄